**附件1 ：**

隆林各族自治县中医医院医用气体配送公司遴选所需资料目录（按序装订成册，一式两份）

1. 营业执照及相关截屏等
2. 授权委托书（附件2）
3. 报价一览表（附件3）
4. 廉洁承诺书（附件4）
5. 防止利益冲突表（附件5）

六、相关资质证书

1.医用液氧《药品生产许可证》、《药品注册批件》或《药品再注册批准通知书》；

2.《危险化学品经营许可证》；

3.《气瓶充装许可证》；

4.《安全生产许可证》；

5.《道路危险货物运输许可证》或《道路运输经营许可证》；

七、类似项目业绩一览表

**附件2 ：**

# 法人授权委托书

**隆林各族自治县中医医院：**

为 公司法人代表，特委托 （身份证号码： ），为我方参加贵单位医用气体配送公司遴选项目的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、报价、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此委托

有效期：2025年 月 日到 2026年 月 日

公司名称：

委托人（签章）：

被委托人：

签署日期：

|  |
| --- |
| （被委托人身份证复印件正、反面） |

**附件3 ：**

报价一览表

项目名称：医用液氧及瓶装氧气

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格纯度** | **单位** | **年估算用量（瓶）** | **最高限价（元）** | **供应商报价/单价（元）** |
| **1** | **液态医用氧** | **175L，纯度≧99.6%** | **瓶** | **168** | **490** |  |
| **2** | **医用氧气** | **40L，纯度≧99.5%** | **瓶** | **497** | **60** |  |
| **3** | **医用氧气** | **15L，纯度≧99.5%** | **瓶** | **29** | **30** |  |
| **4** | **二氧化碳** | **40L，纯度≧99.5%** | **瓶** | **12** | **100** |  |

注：1、以上价格含税含运费，含液氧站维护保养、故障维修，压力表、安全阀检定更换、储罐年度检定、氧站安全现状评价等费用（包括但不限于：故障维修、压力表与安全阀检定更换、氧站设备按巡检周期（一月一次）维护、在2025年12月31日前完成液氧站五台储罐设备检定并取得固定式压力容器《特种设备使用标志》、在2026年3月31日前完成医用氧供气站安全现状评价并取得报告等）；

2、运抵交货地点的运输费、装卸费、安装费及人工费均由供应商承担。

附件4：

隆林各族自治县中医医院

供应商廉洁承诺书

根据医院党风廉政以及医药领域腐败问题集中治理的工作的要求，作为参与医院合作供应商，做出如下郑重承诺：

1.在业务往来中，严格遵守医院廉洁建设的各项制度和规定，并支持医院执行有关规定和制度。

2.本公司（含工作人员）决不以任何名义向医院工作人员（含配偶、子女、亲属其他共同利益关系人员）赠送礼品（包括但不限于礼金、股份、有价证券和贵重物品等)；不得为医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）安排工作，以及支付应由其个人自付的各种费用（包括但不限于住宅装修、食宿、子女出国、食宿等）

3.本公司（含工作人员）不得为谋取私利擅自与医院工作人员（含配偶、子女、亲属其他共同利益关系人员）进行私下商谈或者达成默契。

4.本公司（含工作人员）不得以洽谈业务、签订合同等为借口，邀请医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）外出旅游或进入营业性娱乐场所。

5.本公司发现医院工作人员（含配偶、子女、亲属及其他共同利益关系人员）有违反本承诺行为倾向的，应及时提醒纠正并向医院纪委（电话：0776-2505111）举报。

6.经医院监督部门核实认定发现本公司（含工作人员）违反承诺，医院可立即取消与公司的合作，同时医院可保留追究其相应的法律责任。

承诺方名称（盖章）：

法人代表（或委托人）：

年 月 日

**附件5： 隆林各族自治县中医医院防止利益冲突报备表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | 在医院销售的设备、耗材、药品、物资、基建、维修、工程等名称（只写大类） | |  | | | |
| 医院职工本人、配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人在该企业合作或任职情况 | □否 | | | | | | | |
| □是 | 医院职工姓名 |  | 在该企业合作或任职情况 | | □是 □否 | 合作方式及在该企业担任职务 |  |
| 职工配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人姓名 | 与该职工关系 | | | 合作方式及在该企业担任职务 | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
| 其他需要报备的情况： | | | | | | | | |
| 1、本公司郑重承诺，以上填写情况属实、准确、完整，并自愿接受医院审查；委托代理人签名的请一并提交委托书。  2、如以上信息发生变化，将及时向医院纪检监察室及主管科室报备；  3、如不如实报备，一经查实，本公司承担相应责任。  报告公司（签章）： 法人及委托代理人： 报告时间： | | | | | | | | |